

ЕНДОСКОПІЧНА БІПОРТАЛЬНА ДЕКОМПРЕСІЯ - СУЧАСНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ СТАРШОГО ВІКУ ПОПЕРЕКОВИМ СПІНАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ

Меленко В.І., Фіщенко Я.В., Кравчук Л.Д., Шевчук А.В. Сапоненко А.І., Щегольков Є.Е.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Актуальність. Поперековий спінальний стеноз – це поширене дегенеративне захворювання хребта у людей літнього віку (старше 60 років). До стандартних хірургічних варіантів лікування поперекового стенозу входять відкрита декомпресійна ламінектомія, форамінотомія та спондилодез за допомогою металоконструкції, які можуть бути рекомендовані при остеопорозі. На сьогодні золотим стандартом лікування поперекового стенозу, резистентного до консервативного лікування, вважають ламінектомію зі збереженням фасеток та транспедикулярною фіксацією.

Мета роботи – оцінити ранні та віддалені результати лікування, а також ускладнення у пацієнтів з поперековим спінальним стенозом, яким провели інтерламінарну декомпресію з використанням біпортальної ендоскопії.

Матеріал і методи. Був здійснений аналіз результатів лікування 68 пацієнтів (середній вік 57 ± 12 років) з поперековим спінальним стенозом на рівні L₃-L₄ (n=23), L₄-L₅ (n=45), яким провели унілатеральну біпортальну ендоскопічну декомпресію (UBE) в клініці хірургії хребта ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України».

Методика операції. Перед операцією під рентгеноскопичним контролем проводили підтвердження рівня декомпресії. Верхній розріз робили в проекції нижнього краю дужки необхідного рівня. Через розріз вводили провідник, на який по черзі насаджували систему дилататорів для розширення м'язового каналу, а далі встановлювали троакар з ендоскопом. Нижній розріз робили на 3 см нижче. Розширення м'язового каналу проводили за допомогою системи дилататорів. До ендоскопа підключали систему подачі фізрозчину. Оптимальний тиск фізрозчину в системі 30-50 мм рт. ст. Після формування триангуляції між артроскопом та інструментами і налаштування відтоку рідини м'які тканини довкола інтраламінарного простору видаляли за допомогою радіочастотного вайпера. Коли жовту зв'язку потрібного інтраламінарного простору і нижню дужку повністю оголювали, то проводили іпсилатеральну інтерламінотомію за допомогою артроскопічного бура. Іпсилатеральну жовту зв'язку видаляли доти, доки повністю не відкривали дуральний мішок і нервовий корінець. Гемостаз при епідуральній кровотечі проводили шляхом застосування електродів радіочастотної коагуляції. При кровотечі з кістки гемостаз проводили з використанням кісткового воску. Після проведення декомпресії встановлювали дренаж і зашивали рану.

Методи дослідження. Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою болю (VAS, см), задоволення пацієнтів і рівень якості життя – за допомогою анкетування Oswestry (Oswestry low back pain disability questionnaire) через 1 тиждень, 1 місяць и 6 місяців після операції; також оцінювали периопераційні дані (ускладнення). Рентгенологічні результати оцінювали, використовуючи перед- і післяопераційне МРТ (через 1 день після операції).

Результати. *Результати оцінювання больового синдрому за VAS.* До лікування середній показник вираженості больового синдрому в спині у групі становив $6,3 \pm 1,3$ см ($x \pm S$); в динаміці через 1 тиждень після операції – $3,6 \pm 0,5$ см ($x \pm S$); через 1 місяць – $1,6 \pm 0,7$ см ($x \pm S$); через 6 місяців – $1,1 \pm 0,4$ см ($x \pm S$); при порівнянні з передопераційними даними різниця в результатах статистично значуща ($p < 0,05$). Оцінювання болю в нижніх кінцівках показало, що до лікування середній показник у групі становив $4,23 \pm 1,4$ см ($x \pm S$); в динаміці через 1 тиждень після операції – $2,1 \pm 0,6$ см ($x \pm S$); через 1 місяць – $0,9 \pm 0,4$ см ($x \pm S$); через 6 місяців – $1,0 \pm 0,5$ см ($x \pm S$), різниця між передопераційними та віддаленими результатами лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

Оцінювання рівня життя за Oswestry. Оцінюючи функціональні можливості пацієнтів з ПСС у ранній післяопераційний період ODI через 1 міс. виявлена позитивна динаміка (зменшення з $58,4 \pm 9,7$ до $15,3 \pm 6,8$ балів), ($p < 0,05$). У віддалений період спостереження через 6 місяців позитивні результати в групі збереглися ($9,7 \pm 5,8$ балів), ($p < 0,05$), що відповідало хорошим функціональним можливостям. За даними МРТ після операції у пацієнтів групі з ПСС на рівні L₃-L₄ спостерігали збільшення площі поперечного перерізу з $8,84 \pm 3,6$ до $19,1 \pm 4,1$ мм ($x \pm S$), ($p < 0,05$); в групі з ПСС на рівні L₄-L₅ спостерігали збільшення площі поперечного перерізу з $8,24 \pm 3,9$ до $20,8 \pm 3,7$ мм ($x \pm S$), ($p < 0,05$). *Ускладнення.* Серед ускладнень визначено 4 випадки точкового поранення дуральної оболонки та 1 випадок епідуральної гематоми.

Висновки. Мініінвазивна інтерламінарна декомпресія з використанням біпортального доступу у пацієнтів з поперековим спінальним стенозом дозволяє досягнути повної декомпресії та повернути пацієнтів до активного життя якомога швидше (за 3-7 днів). Додаткові переваги UBE – менша травматичність тканин, менша інтенсивність больового синдрому, високе задоволення пацієнта результатом лікування.